



初診問診表



エルムス動物医療センターへご来院いただきありがとうございます。言葉の話せない家族に代わってお答えください。

飼い主さまについて

フリガナ
名前

〒
住所

ご職業

電話番号

携帯番号

病院から案内を送る際の
メールアドレス

来院のきっかけ：電話帳・通りがかり・ホームページ・紹介（様）

かかりつけの病院はありますか？

はい・いいえ 病院名 電話番号

ペットについて

フリガナ
名前

犬・猫

品種

毛色

性別：雄・雌 生年月日 年 月 日

- 去勢・避妊手術は受けていますか？ はい・いいえ（いつごろですか？ 歳の時）
- ペット保険へ加入していますか？ はい 保険会社名 ・未加入
- 混合ワクチン接種は受けていますか？ はい・いいえ（最終接種日 年 月 日 種混合）
- 狂犬病予防接種は受けていますか？（犬のみ） はい・いいえ（最終接種日 年 月 日 種混合）
- フィラリア予防はしていますか？ はい・いいえ（月～月まで メーカー名）

飼育環境について ○を付けてご回答ください。複数回答可。

*室内 *屋外 *同居あり（種類： 頭数： ） *その他（ ）

ご自宅での食餌について ○を付けてご回答ください。複数回答可。

*ドライフード（メーカー名 ） *缶詰（メーカー名 ）
*おやつ *手作り食 *人の食べ物 *その他（ ）

今までに大きな病気・怪我・手術をしたことがありますか？

いつ頃

薬（ワクチンを含む）・フードのアレルギーはありますか？

はい・いいえ

本日の来院理由をご記入ください。



夜間

ありがとうございました。受付スタッフへお渡ししてください。